FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1946

N° 17

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Dr EYMARD JACQUES-MARIE-JOSEPH

NÉ A

Tournon (Ardèche), 30 août 1911

Chirurgien-dentiste

Contribution à l'étude des interventions stomatologiques chez les pusillanimes et les nerveux

Président : M. HANNS, Professeur

imp. J. Eyboulet - Ussel
1946

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543528_0033

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1946

N° 17

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Dr EYMARD JACQUES-MARIE-JOSEPH

NÉ A

Tournon (Ardèche), 30 août 1911

Chirurgien-dentiste

Contribution à l'étude des interventions stomatologiques chez les pusillanimes et les nerveux

Président : M. HANNS, Professeur

imp. J. Eyboulet - Ussel
1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. André FORSTER, ✲, ⚜ I.
Assesseur	P. ROHMER, ✲, ⚜ I.

Professeurs titulaires

Clinique médicale B	MM. AMBARD, ✲, ⚜ I.
Embryologie et tératologie	ANCEL, ✲, ⚜ I.
Clinique neurologique	BARRÉ, ✲, ⚜ I.
Histologie	N...
Clinique O.R.L.	N...
Anatomie	FORSTER, ✲, ⚜ I.
Thérapeutique chirurgicale	FONTAINE, ⚜ A.
Chimie biologique	N...
Hygiène et bactériologie	OBERLING, ✲, ⚜ A.
Clinique dermatologique	PAUTRIER, ✲, ⚜ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF, ✲, ⚜ I.
Clinique ophtalmologique	REDSLOB, ✲, ⚜ I.
Clinique d'obstétrique et maladies des femmes	KELLER, ✲, ⚜ I.
Clinique infantile	ROHMER, ✲, ⚜ I.
Physiologie	N...
Pharmacologie et Médecine expérimentale	SCHWARTZ, ⚜ I.
Médecine légale et médecine sociale	SIMONIN, O. ✲, ⚜ A.
Hydrologie et climatologie	VAUCHER, ✲, ⚜ I.
Physique biologique	VLÈS, ✲, ⚜ I.
Clinique chirurgicale B	WEISS, ✲, ⚜ A.
Clinique médicale A	N...
Anatomie pathologique	N...

Professeurs sans chaire

Histologie	MM. ARON, ✲, ⚜ I.
Anatomie	BELLOCQ, ✲, ⚜ I.
Anatomie pathologique	GERY, ⚜ I.
Clinique médicale A	HANNS, O. ✲, ⚜ I.
Clinique psychiatrique	GELMA, ✲, ⚜ I.

Chargés de cours et agrégés

MM. CALLOT.
KAYSER, ⚜ A.
Mlle ACHARD.
MM. WAITZ.
WOLF M.

MM. KLEIN.
TULASNE.
ROMEY, O. ✲, ⚜ A.
SACREZ.
GINGLINGER.

MM. WARTER.
BARTHELMÉ.
THIVOLLE, ⚜ A.
P. MEYER.
E. FORSTER.

Chargé d'un cours complémentaire

M. ROEDERER, ⚜ I.

Professeurs honoraires

M. STOLZ, ✲, ⚜ I.
M. BOUIN, O. ✲, ⚜ I.
M. REEB, ⚜ I.
M. CHAVIGNY, C. ✲, ⚜ I.
M. WEILL, ✲, ⚜ I.
M. LERICHE, O. ✲, ⚜ I.
M. SCHAEFFER, ✲, ⚜ I.

Agrégés libres

M. SIMON, O. ✲, ⚜ A.
M. KREIS, ⚜ A.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A MA FEMME

A MES PARENTS

AU PROFESSEUR HANNS

Qui a bien voulu présider ce travail.

INTRODUCTION

Dans la pratique stomatologique actuelle, les phénomènes douloureux accompagnent presque toujours, à un degré plus ou moins marqué, les interventions courantes, comme meulage de cavités, énervation, pose de couronnes, bridges, etc... La sensibilité du sujet y joue un grand rôle. Chez l'un, un fraisage poussé d'une dent saine permettra d'approcher le nerf sans grandes démonstrations; chez l'autre, le fraisage discret d'une carie légère sera l'occasion de manifestations fort douloureuses. Mais, en général, un sujet normal arrive à se dominer assez pour ne pas gêner d'une façon considérable l'opérateur. Malheureusement, chez certains individus, la moindre intervention détermine des manifestations tumultueuses, hors de proportion avec la cause initiale, souvent très minime. On voit peu de ces personnes en clientèle : leur appré-

hension incoercible les tenant éloignées du praticien. Cependant il arrive, soit sous l'influence de l'entourage, soit pour des raisons d'esthétique, soit sous le coup d'une impulsion, que ces individus se présentent à la consultation. On se trouve alors généralement en présence de femmes qui, d'emblée, vous déclarent : « J'ai très peur; je voulais toujours venir, mais je n'ai jamais eu le courage », etc... On prend tout ceci pour de la pusillanimité et l'on prie la cliente de s'asseoir. On approche un miroir à bouche, elle sursaute. On lui montre qu'il ne s'agit que d'une glace, mais elle est à moitié rassurée. Même scène avec une sonde, mais la difficulté augmente pour faire ouvrir la bouche; impossible d'essayer de fraiser : la patiente se lève, s'asseoit, gémit, supplie. Un interrogatoire adéquat fera rapidement apparaître que l'on se trouve en présence de sujets atteints d'une hyperémotivité pathologique, pouvant aller de la névrose anxieuse à l'anxiété. Comme le fait remarquer M. Codet, la volonté paraît inopérante chez ces individus, par ailleurs fort énergiques; ce qui explique leur intention de se faire soigner et leur impuissance à y parvenir. Pour pouvoir alors opérer en conditions normales, on sera obligé de modifier ce déséquilibre neuro-psychique d'où paraît provenir l'émoti-

vité. On pourrait penser qu'en utilisant un traitement basé sur les formes cliniques : sympathicotoniques et vagotoniques, il serait possible d'obtenir des améliorations. Mais trop souvent sur ces formes, et plus encore sur les formes intriquées, le traitement est décevant et sa longueur ne permet pas l'attente pour une intervention généralement assez immédiate. Celle-ci, pour pouvoir être effectuée, devra faire appel à une des méthodes décrites ci-dessous. Mais, vu l'état psychique du sujet, elles devront lui inspirer confiance et, une fois réalisées, lui laisser un souvenir tel qu'il n'aura plus de crainte lors du renouvellement de l'épreuve.

Nous ne nous arrêterons pas à l'anesthésie locale pour les raisons suivantes : 1° impossibilité d'approcher le sujet surtout avec une seringue dentaire; 2° même si l'on y parvenait, le sujet conservant sa lucidité, ne permettrait sûrement pas d'autres interventions, car souvent correctement pratiquée, l'anesthésie locale n'abolit pas complètement les perceptions douloureuses. Il en est ainsi pour le meulage ou la dépulpation.

CHAPITRE PREMIER

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

C'est la première méthode qui vient à l'esprit; car il semble que par elle seule on pourra supprimer les perceptions extérieures créant l'anxiété, et obtenir la marge de temps nécessaire à pratiquer les interventions. On aura le choix entre les anesthésiques donnés au masque et les anesthésiques par voie intra-veineuse ou rectale.

A. — Anesthésie au masque

Ils font appel soit à des liquides, éther, chloroforme ou mélange, soit à des gaz comme le protoxyde d'azote. Les anesthésiques liquides sont d'un emploi courant en France; quant au protoxyde d'azote, très utilisé en Amérique et en Angleterre, il jouit d'une faveur particulière chez les stomato-

logistes. Mais trop souvent, comme le fait remarquer M. Croquefer, ce semblant d'anesthésie générale, que les Anglo-Saxons appellent donner « le gaz », consiste à assommer le patient par quelques bouffées de protoxyde d'azote et ne permet d'opérer que pendant quelques secondes au cours desquelles les conditions offertes à l'opérateur sont tellement mauvaises qu'elles conduisent souvent à des erreurs et à des fautes techniques opératoires. Mais quel que soit l'anesthésique utilisé, l'emploi se heurte, dans les cas dont il est question, à un certain nombre d'inconvénients que l'on peut dénombrer ainsi :

1° Le premier est inhérent aux patients auxquels on s'adresse. N'oublions pas que nous avons affaire à des sujets hyperémotifs et qu'à la première parole d'anesthésie générale, on se heurtera à un refus catégorique. Mais même si avec insistance et patience, après des adjurations et des explications sans nombre, on obtient l'autorisation de tenter un essai, il sera absolument impossible d'appliquer le masque sans employer la violence. Ce qui est, et sera regrettable, car l'opération ne pourra plus être renouvelée, le patient gardant, en

l'amplifiant, le plus mauvais souvenir de la première tentative.

2° Le deuxième inconvénient réside dans le fait d'employer l'anesthésie générale pour des interventions aussi bénignes que celles qui seront pratiquées. Il ne faut oublier que, même avec une technique rigoureuse, on est toujours à la merci d'accidents, soit immédiats comme les syncopes respiratoires et cardiaques, soit lointains, comme les infections respiratoires ou hépatiques. En plus, l'anesthésie générale requiert des appareils et un personnel entraîné que l'on trouve rarement dans des endroits non spécialisés.

3° Une troisième difficulté se présente dans l'emploi du masque, qui empêche toute intervention dans le milieu buccal. Même le perfectionnement de la pipe de Delbet n'est pas d'un emploi commode.

4° Enfin, il est un inconvénient très important au point de vue stomatologique. C'est la suppression de toute manifestation douloureuse. Nul, en effet, n'ignore le rôle important qu'elles jouent au

point de vue diagnostic : on ne reconnaîtra souvent une carie du 3e degré qu'à la réaction douloureuse obtenue en piquant ou en comprimant la pulpe; d'autres fois, lors d'un essayage de bague de couronnes, le patient indiquera lui-même où rectifier le point qui pénètre trop profondément dans la gencive. Même observation pour l'utilisation des appareils électriques *(pulp tester)* qui, établissant un rapport entre l'intensité du courant et la douleur, permettent d'apprécier l'état de vitalité d'une dent. L'anesthésie générale supprimant toute perception douloureuse, certains diagnostics seront rendus plus malaisés et certaines interventions ne pourront plus être réalisées qu'avec des tâtonnements et des difficultés nombreuses. En outre, le patient en état d'inconscience totale ne pourra, ni obéir, ni répondre au praticien; il ne pourra pas non plus cracher soit la salive ou le sang qui encombreront l'arrière-gorge et qui risqueront de tomber dans la trachée. De nombreuses observations cliniques faites en Amérique et en Angleterre ont prouvé qu'il y avait souvent concordance entre cette aspiration de sang et de matière septique par la trachée et l'abcès du poumon.

B. — Anesthésie par voie intraveineuse ou rectale

Nous laisserons de côté l'anesthésie par voie rectale, d'un emploi peu commode dans un endroit non spécialisé, pour ne nous occuper que de l'anesthésie par voie intraveineuse, type Evipan.

Employé d'abord comme anesthésique de base, l'Evipan, grâce à la méthode mise au point par Jentzer, tend de plus en plus à devenir un anesthésique général de longue durée. Son emploi dans les interventions stomatologiques chez les pusillanimes et les craintifs paraît être la méthode idéale de narcose. En effet, il présente sur l'éther ou le chloroforme les avantages suivants :

1° L'appareillage est réduit au minimum; diminution de la prévention du sujet pour cette méthode moins courante que les précédentes.

2° Diminution du choc psychique. Comme le fait remarquer le Dr Pouliquen : « Tous les clients qui ont été endormis, surtout les médecins, ne veu-

lent plus entendre parler d'autre chose; au réveil, ils ont toujours le même mot à la bouche : c'est merveilleux. Souvent, on a même de la peine à leur faire admettre qu'ils ont été opérés. » On voit l'avantage sur le chloroforme ou l'éther : pas de sensations pénibles ou d'agitation au début de la narcose et, selon M. JENTZER : « Le malade s'endort physiologiquement sans avoir l'appréhension du masque et de l'étouffement; amnésie post-opératoire complète, donc absence totale de choc psychique, ce qui est très appréciable lorsque l'on se trouve dans l'obligation d'endormir un malade plusieurs jours de suite. » Cet auteur cite même le cas d'un enfant qui a été endormi six fois, sans jamais avoir peur de la narcose, et sans en avoir gardé un mauvais souvenir. Les considérations ci-dessus sont très importantes pour le stomatologiste, obligé à de multiples interventions.

3° Un troisième avantage est, par la suppression du masque, la possibilité d'opérer dans la cavité buccale sans aucune difficulté.

4° Enfin, on peut opérer sans aide spécialisé. S'il s'agit d'une anesthésie de courte durée, on in-

jecte lentement la solution d'Evipan jusqu'à l'obtention du sommeil; puis l'on pousse encore 1 à 2 cms cubes supplémentaires. L'anesthésie dure environ 20 minutes; le réveil est rapide, sans nausées ni vomissements.

S'il s'agit d'une anesthésie de plus longue durée, on s'adressera au dispositif de JENTZER et une personne quelconque pourra faire les injections dans le tube de caoutchouc suivant les indications du médecin traitant.

5° Enfin, ce mode d'anesthésie semble ne pas présenter les contre-indications de l'éther et du chloroforme, et, comme le fait remarquer M. LARQUIÈRE : « Beaucoup prétendent que l'évipan est contre-indiqué dans les accidents d'origine dentaire. Je l'ai pourtant utilisé douze fois pour des accidents de dents de sagesse avec ou sans extractions, et je trouve cette anesthésie supérieure à toutes les autres, car le trismus disparaît presque complètement. Je suis intervenu treize fois pour des phlegmons dentaires sous-maxillaire. Pour l'un d'eux, il s'agissait même d'un phlegmon du plancher de la bouche. Si l'on utilise l'évipan dans les interven-

tions intrabuccales, il faudra prendre grand soin de protéger l'arrière-gorge avec des compresses, pour éviter la suffocation par le sang. Il faudra également placer l'opéré en position demi-assise pendant et après l'intervention. » Pour notre part, nous ne sommes pas d'accord avec M. Doassans, qui prétend que le sujet conserve ses réflexes de l'arrière-bouche. Au contraire, nous les avons souvent vu abolis et nous pensons qu'il sera toujours nécessaire de placer une compresse ou de mettre la digue, même dans les cas où il n'y aura pas intervention sanglante. Nous nous souvenons trop du moment où, chez une anxieuse, plaçant une couronne sans protection de l'arrière-gorge, nous la vîmes s'échapper de nos doigts et manquer de peu d'être déglutie.

D'après les données ci-dessus, il semble donc bien que l'anesthésie à l'évipan par voie intraveineuse soit la méthode de choix chez les sujets dont il est question. Cependant, à côté des avantages que nous venons d'énumérer, il présente quelques inconvénients :

1° Comme l'éther ou le chloroforme, c'est un

anesthésique général, et il semble que son emploi doit être limité aux interventions présentant un certain caractère de gravité car, à côté des accidents locaux comme thrombose de la veine, névrite, cellulites, dus à une technique défectueuse, on a signalé des cas d'état syncopal et de collapsus cardiaque.

2° Comme on ne peut cacher au patient qu'il s'agit d'une anesthésie générale, on se heurtera souvent à un refus. Il se pourra même que le sujet, consentant, ne puisse supporter l'intraveineuse, car n'oublions pas qu'aussi expérimenté que puisse l'être l'opérateur, il y aura des cas, surtout chez les obèses et les enfants, où il sera très malaisé de pénétrer dans la veine sans quelques tâtonnements et, par là, quelques douleurs.

3° L'inconvénient de la non-perception des douleurs sera le même que celui cité plus haut pour le chloroforme et l'éther.

4° Il semblerait enfin qu'un certain nombre d'individus soient réfractaires et, dans ce cas, il serait nécessaire de s'adresser à une autre méthode.

En résumé, les anesthésiques généraux, au point de vue stomatologique, présentent surtout les deux inconvénients suivants : refus par les sujets de l'anesthésie générale, abolition de toute manifestation douloureuse. Pour contourner ces difficultés, on devra donc s'adresser à une autre méthode.

On a pensé à l'injection de morphine.

CHAPITRE II

INJECTION DE MORPHINE

Les propriétés de cet alcaloïde de l'opium sont très connues. Rappelons que son action se manifeste sur les centres respiratoires, les centres de la toux, sur les noyaux inhibiteurs des centres du vague et sur les centres corticaux de perception des sensations douloureuses. En même temps que tend à disparaître la sensibilité à la douleur, on constate la diminution, puis la suppression des sensations désagréables, diminution de perception du monde extérieur, si bien qu'il peut en résulter un état euphorique. La conscience est conservée, l'état de veille maintenu, mais l'expression des idées, et surtout des actes volontaires, sont entravés. (TIFFE-

NAU-KAEPELIN.) Il semble donc que, d'après ces données, l'action de la morphine serait des plus intéressante. Malheureusement, en pratique, on se heurte aux difficultés suivantes : la dose moyenne de morphine est de 1 cg, mais le codex indique que l'on peut pousser jusqu'à 2 cgs maximum en une fois. L'ennui, c'est que ces doses sont insuffisantes pour pouvoir intervenir en toute tranquillité. Car c'est seulement avec des doses élevées — plus de 5 cgs — que l'on peut observer les phénomènes d'abolition de la conscience et de narcose qui, avec les anesthésiques généraux, et certains hypnotiques, précèdent l'anesthésie. (TIFFENAU.) Mais ces doses élevées exposent aux accidents graves d'intoxication avec ralentissement respiratoire, type Cheyne-Stockes, coma et mort. La répétition des séances et les doses fortes pourront conduire, sans parler des retentissements sur le tube digestif, à un écueil redoutable : la morphinomanie. On y sera très exposé, car on s'adresse à des sujets prédisposés et, comme le fait remarquer M. SAVY, il ne faut jamais, ou presque jamais, employer la morphine, du moins en piqûre, et en lui donnant son nom chez les névropathes. Aussi, à part de très rares cas nécessitant une séance ou deux, mieux vaudra s'abstenir.

CHAPITRE III

ESSAIS PERSONNELS

En résumé, les obstacles de toutes les méthodes que nous venons d'exposer résident surtout, à part les inconvénients qui leur sont propres, dans la constitution psycho-pathologique du sujet. La crainte de la douleur en est la base plutôt que la douleur elle-même. L'anesthésie générale la supprime; la morphine, elle, supprime la personnalité du sujet, mais les sensations douloureuses, atténuées, sont encore perceptibles. Le sujet obéit aux injonctions du praticien, sa conscience, quoique troublée, n'est pas complètement abolie. Ce serait donc la méthode idéale si la toxicité et l'accoutumance au produit n'en limitaient l'emploi. Le problème consiste donc à utiliser un corps ayant une action analogue à la morphine, mais beaucoup moins dangereux à manipuler. Nous nous sommes adressés à l'évipan en injection intramusculaire.

Nous avons été guidé dans ce choix et cette méthode par les travaux des psychiâtres allemands sur les petites interventions et le transport des agités. En plus, nous avons pensé que l'évipan étant un barbiturique, son action modératrice doit être rapprochée de celle du gardénal, couramment prescrit dans les névroses psychiques, comme celles qui nous intéressent ici.

TECHNIQUE

La technique de l'injection, des plus simples, se fait comme les intramusculaires courantes à la partie supéro-externe de la fesse. La quantité du produit à injecter est de 10 c. c. Cette quantité peut être réduite à 5, suivant le poids, l'âge, la robusticité du sujet. En principe, on ne dépassera pas 0,01 gr. par kilo de poids corporel. Mais jusqu'à présent nous avons toujours, à part une ou deux exceptions, injecté les 10 c. c. sans le moindre accident. L'absorption du produit par la voie intramusculaire semble moins rapide que par la voie intraveineuse : nous en voyons la preuve dans le fait que, si au bout de 5 à 10 minutes on atteint le seuil de l'anesthésie par cette dernière voie, il faut envi-

ron une demi-heure à trois quats d'heure pour que le sujet présente des réactions de somnolence après l'injection intramusculaire. La vitesse de l'injection ne joue donc pas le rôle qu'on lui accorde en intraveineuse, le muscle semblant résorber, suivant une vitesse propre, les éléments du produit. Certains auteurs conseillent aussi de pratiquer les injections à deux endroits différents, une dans chaque fesse, par exemple, le produit étant irritant et susceptible de donner des abcès. Mais, jusqu'ici, nous n'avons pas eu à déplorer cette éventualité. Une fois l'injection terminée, on est obligé d'attendre un laps de temps allant d'un quart d'heure à une heure avant de pouvoir commencer l'intervention. Cette période d'attente est la plus critique; dans certains cas, elle est entrecoupée d'excitations motrices ou de trémulations. C'est aussi au courant de cette période qu'il pourra se produire des syncopes. Il sera bon de surveiller le malade et de préparer une seringue à injection pour être en mesure d'intervenir immédiatement. Nous n'avons rencontré cet accident qu'une fois, et encore c'était chez un sujet porteur d'une lésion mitrale. Quant au moyen de savoir qu'il est temps d'intervenir, il est simple.

Il suffit de conduire le patient au fauteuil opératoire; s'il vous suit sans difficultés, le traitement stomatologique pourra commencer. On se guidera, pour connaître le moment opportun, sur les indices suivants : le sujet se plaint de ne plus pouvoir fixer un objet, somnole, bredouille ou, plus souvent, parle avec abondance de ses penchants, de ses actions et de ses intentions les plus secrètes. Nous n'insisterons pas ici sur les avantages ou les inconvénients que présente cette effraction de la conscience humaine; bornons-nous simplement à souligner que si souvent elle a eu les honneurs mystérieux de l'actualité sous des noms nouveaux, elle a été depuis longtemps utilisée en psychiatrie par Frenkel, qui cite le cas d'une malade trouvée errante dans la rue, et qui, ne se souvenant de rien, pas même de son nom, put, après injection de 6 c. c. d'évipan, en la faisant compter et en la questionnant à voix haute et ferme, apprendre son nom et sa situation. Il ajoute même que l'orientation rétablie s'est maintenue.

On peut s'étonner que nous ayons choisi la voix intramusculaire au lieu de la voie intravei-

neuse habituellement employée. Notre préférence s'explique par les considérations suivantes :

1° Au point de vue simplicité d'exécution : technique réduite au minimum, piqûre et injections rapides, plus de recherche souvent difficile des veines.

2° Au point de vue du sujet :

La plupart des patients préfèrent, on ne sait trop pourquoi, les intramusculaires aux intraveineuses. Il semble qu'il y a là un phénomène psychique d'origine plus ou moins déterminée, la vue autant que la douleur paraissant en être la cause, car si les deux premières sont excessivement rapides et pratiquées généralement à des endroits qui ne sollicitent pas particulièrement l'attention du sujet, les autres s'opèrent, si l'on peut dire, sous son nez, et souvent avec des tâtonnements douloureux. Les individus auxquels on s'adresse ici, atteints psychiquement, sont, plus que tous autres, sensibles à ce qui peut paraître des détails sans importance.

3° Au point de vue action :

Celle de l'évipan, par voie intramusculaire, n'est pas la même que celle obtenue par voie intraveineuse. Comme on l'a vu plus haut, l'absorption semble beaucoup moins rapide et l'on n'obtient pas une véritable anesthésie générale, mais une sorte de sommeil crépusculaire. On peut donc dire à bon droit au sujet qui refuse l'anesthésie générale qu'il n'en est pas question, puisqu'à aucun moment il ne perdra conscience et qu'il sera plongé dans une espèce de torpeur dont il sortira facilement dès que l'on parlera autour de lui ou qu'on le touchera.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Avant de passer à des considérations générales, nous allons rapporter deux observations principales en laissant de côté les autres qui ne seraient qu'une répétition fastidieuse, inutile à la compréhension de cet exposé.

OBSERVATION PRINCEPS

Observation n° 1 :

Mme X..., femme d'un industriel parisien, de passage dans notre ville, se présente dans le but de se faire examiner la bouche.

Elle déclare immédiatement qu'elle est très nerveuse et exige beaucoup de douceur. Je la ras-

sure, tout en m'étonnant qu'elle ne se soit pas fait soigner dans la capitale. Elle a cependant consulté de nombreux praticiens, mais elle n'a pu se décider à un traitement par crainte des douleurs, dont elle ne peut supporter l'idée. Avec difficulté, elle consent à s'asseoir pour un examen rapide. Mais, dès l'approche du miroir et de la sonde, elle s'agite, ferme la bouche et joint les mains. Après bien des difficultés, nous pouvons constater :

1° De vastes caries sur chacune des deux prémolaires supérieures droites;

2° Une carie semblable sur la deuxième prémolaire inférieure droite; la première prémolaire ne présentant qu'une légère excavation. Devant les destructions subies par les trois premières dents, il est nécessaire, pour les restaurer solidement, d'avoir recours à trois couronnes. Sur la dernière, une simple obturation à l'amalgame suffira. La cliente se déclare d'accord, mais s'oppose à l'emploi de la machine à fraiser. Pour calmer sa pusillanimité, je lui donne deux cachets de gardénal en lui demandant de les prendre une heure avant son prochain rendez-vous. A la séance suivante, très

difficilement, je parviens à constater que je me trouve en présence de pulpites et que les dévitalisations s'imposent. Je place des pansements dévitalisants à l'arsenic et je renvoie à quelques jours. Dans la conversation, j'apprends que ma patiente a toujours été aussi émotive et que si elle a quitté Paris, c'est en raison des alertes, qui la rendaient folle. Son voyage fut des plus pénibles; elle croyait qu'à tous instants des avions venaient bombarder la gare où son train stationnait. Elle ajouta qu'elle avait souvent des rêves affreux où elle ou ses proches étaient victimes de catastrophes les plus épouvantables. Enfin, sur ma demande, elle confirme qu'elle avait souvent des crises de pollakiurie. Devant un tableau aussi complet, le rapprochement avec l'hyper-émotivité pathologique, et même la névrose anxieuse, s'impose. Aussi, dans ces conditions, tous arguments et adjurations ne servant à rien, il faudra trouver un autre moyen pour pouvoir intervenir.

La première méthode qui me vint à l'idée fut l'anesthésie générale. Mais je me heurtai à un refus formel. Un article lu autrefois sur le transport des agités qu'une piqûre intramusculaire d'évipan cal-

mait radicalement, me revint à l'esprit et je décidai de l'employer. Rendez-vous fut pris pour quelques jours après Mme X... se présenta, mais elle se montra d'abord très réticente quand je lui expliquai la méthode à laquelle j'allais recourir. A bout d'arguments au cours de la discussion, je saisis une aiguille et la piquai vivement. Force lui fut de constater que la douleur était négligeable, et elle finit par accepter l'injection de 5 c. c. d'évipan dans chacune des parties supéro-externes des fesses. Aucune réaction douloureuse.

Après trois quarts d'heure d'attente, au début desquels se manifestent des tremblements s'amendant rapidement, la patiente devient loquace, parle de son passé et de ses intentions, se plaint de ne plus pouvoir fixer un objet, de voir trouble. Bientôt, une torpeur l'envahit : elle se laisse conduire au fauteuil et le traitement commence. Après avoir enlevé à la fraise les premiers pansements, je mets la pulpe à nue, j'extirpe les filets radiculaires. La patiente, toujours inconsciente, pousse un léger cri, mais l'opération peut continuer à se dérouler sans incidents. Elle obéit aux commandements et ainsi se rince la bouche et crache. Elle n'est prise que

d'un léger tremblement au moment où elle se saisit du verre. Je la fais étendre dans une pièce contiguë, mon intervention terminée. Un sommeil secondaire, d'une durée de 4 heures, ne tarde pas à se manifester. Au réveil, elle déclare ne se souvenir de rien : elle a perdu la notion de l'heure. A quelques jours de là, après une nouvelle injection d'évipan, les dents sont obturées avec un ciment dur et taillées pour être couronnées. L'opération dure environ 2 heures et demie. Pas de manifestations douloureuses; calme complet, facilité de travail plus grande qu'avec une personne à l'état normal. Même sommeil réparateur de 4 heures après l'intervention.

Tout se passa de même lors de la troisième séance, au cours de laquelle je fis les bagues, et la quatrième, au cours de laquelle je plaçais les couronnes et obturais le 2e degré.

La patiente se déclara enchantée du procédé qui ne lui a laissé aucun souvenir désagréable.

Observation n° 2 :

Mme Z..., 23 ans, se présente à mon cabinet sur

les instances de son mari pour se faire soigner les dents. Après avoir fait quelques difficultés pour gagner le fauteuil, elle me déclare que, vu son tempérament très nerveux, elle ne peut pas y rester plus de 5 minutes. A l'examen, ce qui frappe d'abord, c'est l'incisive droite supérieure fracturée en biseau, la pulpe ne semblant pas lésée. Enfin, la première molaire supérieure gauche présente une carie du 3e degré. Devant l'impossibilité de fraiser, je place un pansement à l'arsenic sur la molaire et je reste dans l'expectative quant à l'incisive sur laquelle l'état de la fracture en biseau ne permet pas de faire tenir le moindre ciment. L'état hypernerveux de Mme Z... me rappelle l'évipan, d'autant qu'il est nécessaire de remplacer la dent fracturée par une dent à tenon. Rendez-vous est pris pour les jours suivants. Au jour dit, Mme Z... se présente, accompagnée de son mari. Avant de faire les piqûres d'évipan, je pratique un examen clinique qui me révèle une insuffisance mitrale bien compensée. Mme Z... révèle qu'elle a de rares étourdissements et seulement après des crises de nerfs qui, si j'en crois son mari, sont assez fréquentes. J'apprends d'ailleurs, qu'au cours d'une de ces crises, une per-

sonne de l'entourage voulant lui projeter à la figure un broc d'eau, a mal calculé son élan et le broc a heurté les dents, fracturant l'incisive dont il est question. De pareils faits confirment qu'une intervention ne sera pas possible sans moyen adjuvant; aussi, n'hésitant plus, et comme l'insuffisance est bien compensée, j'ai recours à l'injection intramusculaire d'évipan. Par mesure de précaution, je décide d'injecter seulement 6 c. c. Mme Z... ne se décide que sur les injonctions assez violentes de son mari, et l'opération peut enfin avoir lieu. L'action est presque immédiate. Mme Z... se plaint d'avoir trop bu, dit que son cœur lâche, qu'elle ne peut plus respirer et qu'elle va mourir. On l'allonge sur un lit, où elle gémit de plus en plus, portant la main à sa poitrine ou faisant de continuels mouvements de flexion des avants-bras sur les bras et appelant son mari au secours. Assez impressionné, j'examine Mme Z..., respiration normale, cœur et pouls légèrement ralentis. Le mari, qui soutient sa femme, n'est pas du tout troublé et me déclare que chaque fois cela se passe ainsi quand Mme Z... fait ses crises de nerfs. Cependant, tout à coup, Mme Z... fait une syncope très brève, avant que j'ai eu le temps de remplir la seringue que j'avais préparée; son mari la

ranime rapidement par quelques claques énergiques. J'injecte néanmoins 3 c. c. de coramine. Au bout d'une demi-heure, la phase d'excitation s'amende, une légère torpeur envahit M^me^ Z... Elle est conduite au fauteuil; le traitement peut commencer.

1° La pulpe de la molaire est mise à nue, les filets radiculaires sont enlevés et les canaux obturés.

2° Il en est de même pour l'incisive, mais comme il n'y a pas eu pour cette dent de pansements préliminaires, je fais une anesthésie locale à la novocaïne et, une fois la pulpe découverte, le nerf est enlevé sans la moindre manifestation douloureuse. Le canal obturé, le moignon est taillé en vue de préparer la dent à tenon. Celle-ci est faite et placée. L'opération a duré deux heures. Les constatations faites au cours de l'intervention sont les suivantes :

1° Au point de vue du sujet :

Après une phase d'excitation assez importante, les phénomènes d'agitation s'atténuent, mais sans

disparaître complètement. Ainsi, après un début assez dramatique avec plaintes et gestes machinaux, Mme Z... est prise d'une légère torpeur et conduite au fauteuil opératoire, mais elle n'est pas complètement inconsciente; la preuve est qu'elle s'y rend à pied, juste soutenue. Elle crache même quand on le lui ordonne : Il semble que, malgré tout, elle ne se rend pas compte exactement de ce qui se passe. C'est ainsi que, tout au début du traitement, Mme Z... ne réalisait pas qu'elle se trouvait dans un cabinet dentaire : elle se croyait à nouveau transportée quelques mois en arrière, lors de l'accouchement de son enfant, qu'une très mauvaise présentation ne permit pas de sauver. Elle demandait à chaque instant si elle avait un garçon ou une fille et s'il était vivant. Elle s'étonnait en outre que l'on intervienne dans sa bouche. Mais cela dura peu et, bientôt, un calme complet succéda à cette agitation. Avant la fin complète de l'intervention, Mme Z... était redevenue consciente. Elle était surprise de se trouver dans un fauteuil dentaire et ne se souvenait plus de rien. Elle regagna même son domicile à pied, accompagnée de son mari, et se mit à table, mais une demi-heure après, elle était prise d'un besoin irrésistible de sommeil

qui la força à se reposer. L'action de l'évipan dans ce cas particulier peut se résumer ainsi :

Grosse phase d'excitation, avec plaintes et gestes machinaux, puis période plus calme où le sujet parle avec abondance de faits qui l'ont frappé. Puis torpeur non complète, réveil sans souvenir; phase où la patiente se trouve dans son état normal, puis sommeil secondaire.

2° Au point de vue de l'opérateur :

Facilité d'intervenir poussée au maximum. Abolition complète de manifestations douloureuses et de réactions violentes.

Mme Z..., interrogée par la suite, se déclare enchantée du procédé, qui ne lui a laissé aucun souvenir désagréable.

CHAPITRE V

RÉSULTAT DES OBSERVATIONS

Les observations précédentes et quelques autres non rapportées ici, nous ont donné les résultats suivants :

1° Tout d'abord, suppression de l'état psychique du sujet sans perte totale de conscience; sensations douloureuses conservées, plus de choc émotionnel. Le rapport entre l'intensité douloureuse et l'intensité réactionnelle persiste, mais, contrairement à ce qui aurait eu lieu avant l'injection, le sujet n'éprouve plus le désir de fuir ou d'interrompre le traitement. Nous avons déjà insisté plus haut sur l'intérêt à conserver cette perception douloureuse en stomatologie, tant au point de vue diagnostic que correction de bague, de couronne. Il peut même arriver que dans certains cas l'intensité douloureuse oblige le praticien à avoir recours

à l'anesthésie locale. Celle-ci ne sera plus refusée, le patient se désintéressant de l'intervention. Bien plus, l'action de la locale se trouvera renforcée et l'on pourra, par exemple, extraire une dent ou une pulpe sans la moindre manifestation douloureuse. L'intérêt de cette méthode réside aussi dans le fait que, à tout moment, le sujet est capable de répondre au chirurgien et de lui obéir. Il lui restera assez de volonté pour maintenir la bouche ouverte, se rincer et cracher sans trop de difficultés.

2° Enfin, intervient un facteur temps qui n'est pas négligeable. En effet, avec l'anesthésie intraveineuse simple, le maximum de temps opératoire tourne aux environs de 20 à 30 minutes; c'est pour prolonger ce temps utile que JENTZER a mis au point sa technique des réinjections. Or, avec l'injection intramusculaire, ce temps est prolongé. Nous citerons l'exemple suivant : Obligé de poser deux couronnes à une personne dont le départ était imminent, et, pour cela, de tailler des moignons et d'ajuster des bagues, nous avons pu conserver la patiente pendant deux heures et demie, et cela sans aucun signe de lassitude. On a d'ailleurs intérêt à exécuter le maximum de travail durant l'indiffé-

rence du sujet pour pouvoir réduire les séances au minimum, bien que, et c'est d'ailleurs un autre avantage de la méthode, la facilité de les renouveler soit aisée, le sujet gardant un souvenir des plus confus et non désagréable des interventions précédentes.

3° L'injection intramusculaire a, malheureusement, un inconvénient par rapport à l'intraveineuse; en effet, avec cette dernière, nous avons un réveil rapide, 20 minutes environ pour des doses injectées faibles, deux à trois heures avec les doses fortes. Avec l'intramusculaire, nous n'avons pas de réveil, puisque le malade n'a jamais été endormi, mais nous avons une durée de somnolence qui peut se prolonger quelques heures. On voit ici l'ennui des interventions en cabinet médical car, une fois l'opération terminée, il ne sera pas prudent de laisser la patiente regagner son logement par ses propres moyens. Deux solutions sont à envisager : Possibilité d'avoir une chambre où l'on pourra allonger la patiente en attendant le retour à la normale. Deuxième solution, plus simple, la faire raccompagner chez elle par une personne de son entourage. En effet, n'oublions pas qu'elle n'est pas

endormie et qu'elle est susceptible d'obéir aux suggestions qu'on lui soumet. Il sera alors facile, dans ces conditions, de lui faire gagner une voiture qui la ramènera sans encombre à son domicile. Elle pourra même rester sans surveillance, car la suppression du malaise post-anesthésique est de règle avec l'évipan, et jusqu'ici nous n'avons jamais eu ni vomissements, ni constipation, ni complications pulmonaires. L'ennui de cette somnolence, quoique réel, est minime puisque c'est grâce à elle que nous avons pu traiter ces sujets exceptionnels qui, sans cela, n'auraient pu être approchés.

CHAPITRE VI

RACCOURCISSEMENT DU RÉVEIL

Nous avons cependant essayé de réduire cette somnolence, grâce à la médication employée pour l'anesthésie intraveineuse : la strychnine et coramine, médicaments correctifs de la crise de barbiturisme aiguë. Pour la strychnine, il nous est malheureusement impossible de fixer une dose standard à injecter. En effet, si l'on se rapporte aux expériences de HAGGARD et GREENBERG sur le chien, il ressort qu'une dose mortelle de barbiturique est neutralisée par une dose trois fois mortelle de strychnine administrée en une fois. La dose mortelle paraissant être, d'après IDE, chez l'homme, de 0,03. En fait, comme le fait remarquer M. SAVY, il est impossible d'établir une règle absolue étant donnée la sensibilité très variable des individus, soit aux barbituriques, soit à la strychnine. Quant

aux analéptiques, comme la coramine, Rochet et ses élèves ont insisté sur leurs heureux effets. Tous ces médicaments sont donnés en cas de barbiturisme aigu; dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas barbiturisme aigu. On cherche simplement à neutraliser le produit pour obtenir un réveil plus rapide. Mais il nous est aussi impossible de fixer une dose. En effet, l'évipan se distingue des autres barbituriques par le fait qu'il agit très vite, que ses effets sont de courte durée, car il est rapidement détruit et éliminé par le foie. On voit donc que la dose à injecter, soit de strychnine, soit de coramine, doit être variable suivant le temps qu'a duré l'intervention et selon l'imprégnation du sujet. C'est ainsi qu'avec la dose de 10 c. c. d'évipan nous avons eu un retour à la normale après 2 heures, sans qu'aucune médication eût été employée, et qu'une autre fois ce retour ne s'est effectué qu'au bout du même laps de temps, après une injection de 3 c. c. de coramine. Notre expérience sur ce sujet est d'ailleurs réduite car la plupart du temps nous avons laissé la patiente revenir à elle sans médication adjuvante. Cependant, si un certain nombre d'auteurs admettent que l'on peut accélérer le ré-

veil, d'autres croient que cette possibilité serait assez illusoire. Nous allons reproduire l'étude de Menegaux et Sechehaye sur cette question, et nous verrons qu'ils ne concluent pas non plus. « Peut-on espérer améliorer et raccourcir le réveil par une médication spéciale administrée systématiquement à la fin de l'opération? » Ce que nous avons dit plus haut des antidotes, ou plutôt des antagonistes de l'évipan, nous montre que rechercher une telle action est assez illusoire. On a employé la coramine et de nombreux auteurs s'en sont montrés satisfaits, quoique von Sailer et Mme Lœwenburg lui dénient toute efficacité. Nous l'avons employée dans quelques cas sans obtenir un réveil plus rapide; elle nous a paru avoir une action cardio-tonique sans plus... Reprenant la critique de l'étude de Duboucher sur l'injection de strychnine, pour réduire l'agitation ou la somnolence, Menegaux et Sechehaye concluent : « Si ces chiffres, à première vue, sont assez éloquents, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que la proportion des agitations observées par Duboucher a été considérable, et que l'octroi de la strychnine l'a ramené à un chiffre voisin de celui qu'ont observé la plupart des auteurs en dehors de toute médication. A la

vérité, l'action de la strychnine dans l'intoxication évipanique ne sera jugée correctement qu'après de nouvelles recherches. Peut-être trouvera-t-on, d'ailleurs, un antagonisme meilleur dans la picrotoxine ou ses dérivés dont l'étude thérapeutique n'est qu'ébauchée actuellement. » Nous donnerons enfin les conclusions des études de THIERRY sur des rats auxquels elle a fait des injections de coramine évipan, strychnine évipan.

L'association coramine-évipan ne montre pas de véritable antagonisme, on obtient toujours la prédominance d'une action ou de l'autre, quelles que soient les doses respectives employées. L'action respiratoire de l'évipan n'est pas toujours didiminuée par la coramine. Seules, les doses élevées atténuent l'anesthésie proprement dite; mais apparaissent alors des phénomènes toxiques de la coramine et l'anesthésie fait place à un coma.

Quant à l'association évipan-strychnine, les conclusions de THIERRY sont les suivantes : On assiste dans la première série d'expérience évipan-strychnine, d'abord à l'action antagoniste de la strychnine sur les effets respiratoires et anesthési-

ques de l'évipan, puis, celui-ci étant très rapidement détruit, l'intoxication strychnée évolue ensuite librement et se montre toujours mortelle... Et comme dans l'association avec la coramine, il se produit une alternance des effets anesthésiques et des effets convulsivants.

Comme les études précédentes l'indiquent, la question du raccourcissement du réveil n'étant pas nettement tranchée, nous laisserons donc, comme nous l'avons fait, le patient se réveiller sans injections modificatrices et nous réserverons la coramine et la strychnine au traitement des accidents qui pourraient se présenter pendant et après l'anesthésie.

CHAPITRE VII

INCIDENTS DE LA METHODE

Mais avant de passer aux accidents qui peuvent se présenter et à leur traitement, nous allons rapporter un fait que nous classerons comme incident. Dans la littérature consacrée à l'anesthésie par la voie intraveineuse, on trouve quelques exemples d'évipano-résistance. En effet, certains individus sont pris de contractures et de trémulations à mesure que l'on injecte le produit. Dans ces conditions, il vaut mieux ne pas persister et commencer l'anesthésie au masque. Quoique nous n'ayons pas été témoin de phénomènes analogues, nous rapporterons un fait qui semblerait s'y rattacher, mais dans des conditions toutes particulières. A une anxieuse qui, une fois sur le fauteuil opératoire, refusait systématiquement de permettre une intervention quelconque, nous avons injecté, sui-

vant notre technique, 10 c. c. d'évipan intramusculaire; au bout d'une demi-heure, l'intervention se déroulait de façon normale. Il en fut de même lors d'une seconde séance. C'est à la troisième fois, une semaine environ après, qu'ayant de nouveau réalisé une injection de 10 c. c. et attendant que l'effet se produise, nous fûmes très étonné de voir que la patiente n'était presque pas influencée. Bien plus, après une heure d'attente, il nous fut absolument impossible d'intervenir, la patiente refusant de laisser approcher un instrument même des plus anodins. Sans insister, nous recommençâmes le lendemain, cette fois par la même voie. Nous réalisâmes presque une anesthésie générale. Inconscience totale, prostration, pouls normal ainsi que respiration, mais réaction aux douleurs par de véritables hurlements. La période secondaire de sommeil se prolongea six heures. Notons, en passant, qu'à part son psychisme modifié, la patiente ne semble pas présenter une tare physiologique quelconque. Il semblerait hasardeux de tirer des conclusions d'un seul fait; cependant, d'après notre expérience personnelle sur les réactions des sujets dans d'autres cas, nous avons été amené à considérer ces sujets à psychisme modifié; il existe un moment plus dé-

favorable que d'autres dans le courant de la journée pour pratiquer l'injection. En effet, chaque fois que nous avons opéré le matin, nous avons eu presque toujours une durée d'attente d'action réduite aux environs d'une demi-heure, et, cela, sans grande période d'excitation motrice avec gestes désordonnés et cris. Tandis que, le soir, la durée d'attente s'est souvent prolongée jusqu'à une heure et plus, avec phase d'excitation assez importante, geste machinal et plaintes. Tout se passe comme si le matin il y avait encore une légère inhibition des nerfs par le sommeil que l'évipan renforcerait facilement. Tandis que, le soir, les nerfs en pleine excitabilité opposeraient une résistance assez forte à son action. On peut d'ailleurs constater chez ces sujets névropathiques que l'excitation totale croît à mesure que l'on avance dans la journée, comme s'il y avait potentialisation des petites excitations successives. Mais si ce qui vient d'être dit reste vrai, il ne faut pas oublier l'action considérable de la digestion. En effet, la cellule hépatique joue un grand rôle dans l'absorption de l'évipan. Il semble ainsi qu'au moment de la digestion la cellule hépatique, en pleine activité, résorbe rapidement l'évipan qui n'arrive pas à avoir une concentration suf-

fisante pour pouvoir agir sur les centres nerveux. Ceci expliquerait donc l'échec rapporté ci-dessus. Aussi faudrait-il agir de préférence le matin à jeun, moment où les nerfs sont plus réceptifs et où la cellule hépatique au repos laisse opérer une concentration plus grande, concentration suffisante pour atteindre les centres nerveux.

CHAPITRE VIII

ACCIDENTS

Il nous reste maintenant à étudier les accidents qui pourraient se produire. Ce sont ceux qui ont déjà été décrits par de nombreux auteurs, au sujet de l'injection intraveineuse. Nous avons déjà indiqué plus haut que la période critique se situe environ dans la demi-heure qui suit l'injection. Nous avons été témoin d'une syncope brève, deux secondes environ, chez une patiente atteinte d'une légère insuffisance mitrale. Dans ce cas, l'injection de coramine pour soutenir le cœur semble tout indiquée. Mais si l'état syncopal et le collapsus cardiaque ont tendance à s'installer, on aura recours à la respiration artificielle avec inhalation de carbogène, toniques cardiaques en injections intraveineuse, éphédrine pour lutter contre le ralentissement des oxydations. Nous pensons que l'injection

de strychnine doit être prudente, car avec 10 c. c. d'évipan, on ne risque presque pas le surdosage barbiturique que l'on ne rencontrera que dans la méthode des réinjections. On se rappellera ce qui a été décrit plus haut au sujet du réveil, car il n'y a pas antagonisme réel entre évipan, coramine et strychnine. Mais ces produits agissent par leur action propre et deviennent dangereux lorsque l'évipan a été éliminé.

CONCLUSIONS

Avant de conclure, nous rappellerons enfin que l'évipan ne semble pas présenter de contre-indications sérieuses. On se méfiera simplement des cardiaques, des obèses, des hypotendus et de la grande albuminurie, cas où il faudra être très prudent.

En résumé :

De toutes ces méthodes qui ont été préconisées, laquelle utiliser?

Nous écarterons les anesthésiques aux masques et l'injection de morphine pour les inconvénients cités à propos de chacune d'elles. Nous aurons alors seulement le choix entre l'évipan en injections intramusculaires ou intraveineuses.

Deux cas sont à envisager :

1° Si le sujet se rapproche plus du pusillanime que de l'anxieux et que l'intervention doive être de

courte durée comme extraction ou dépulpation rapide : anesthésie par voie intraveineuse, réveil rapide, pas de suites opératoires.

2° Par contre, si le sujet se rapproche plus de l'anxieux, on s'adressera à l'injection intramusculaire. Il faut avoir eu affaire à ces sujets pour savoir qu'aucun autre genre de piqûre ne pourra être pratiqué. On évitera d'ailleurs de parler d'anesthésie générale, car, souvent, on aura beaucoup de mal à faire admettre ce moyen pourtant fort simple, rapide et non douloureux. Et c'est la meilleure méthode pour pouvoir opérer en toute tranquillité pendant deux heures.

Devrait-on conclure à un emploi systématique chez le nombre considérable de personnes qui ont la phobie du dentiste? Non. En effet, avant tout, on essaiera de traiter d'une façon normale, et souvent la patience et la douceur remplaceront la meilleure anesthésie. Ce n'est que dans les cas extrêmes que nous l'emploierons, et ceci en nous rappelant que si les anesthésies à l'évipan sont de plus en plus employées, surtout à l'étranger, et que les statistiques de mortalité sont des plus faibles, il n'en sub-

siste pas moins un danger minime, mais réel. Aussi, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on y aura recours pour des traitements dentaires.

Vu : *Le Président de Thèse,*
HANNS.
Strasbourg, le 10 décembre 1945.

Vu :
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
(Signé) : André FORSTER.
Strasbourg, le 11 décembre 1945.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg,
(Signé) : Marcel RIBOT.

BIBLIOGRAPHIE

H. Codet : *Emotivité pathologique*, « Pratique médico-chirurgicale », p. 404.

Croquefer : *Anesthésie en stomatologie*, « Pratique médico-chirurgicale », p. 460.

Jentxer Oltramare Poncet : *La narcose intraveineuse à l'évipan en grande chirurgie*, « Presse médicale », 25 avril 1934.

Pouliquen : *Anesthésie générale par injection intraveineuse en pratique journalière*, « Concours médical », n° 9, 2 mars 1941.

M. Laquière : *Sur 2.879 cas d'anesthésie générale à l'évipan*. Impr. Théo Douet, Le Mans.

R. Monod : *Analgésie et anesthésie*, n° 2, avril 1935.

Doassan : *Un nouveau mode d'anesthésie générale par injection intraveineuse*, « Semaine dentaire », n° 14, 7 avril 1935.

Savy : *Traité de thérapeutique clinique. Morphine,* p. 34; *Barbiturisme,* p. 3036.

F. Thierry : *Contribution à l'étude de l'anesthésie prolongée à l'évipan sodique.* Thèse Paris, 1935, Chez Le François.

Menegaux et Sechehaye : *Etude critique de l'anesthésie générale à l'évipan sodique,* « Journal de Chirurgie », n° 3, 1934, p. 362.

TABLES DES MATIÈRES

Introduction. 11

CHAPITRE I :
Anesthésie générale. 15
a) Anesthésie au masque. 15
b) Anesthésie par voie intraveineuse ou rectale 19

CHAPITRE II :
Injection de morphine. 25

CHAPITRE III :
Essais personnels par injection intramusculaire d'évipan 27
Technique. 28

CHAPITRE IV :
Observations. 33

CHAPITRE V :
Résultat des observations 43

CHAPITRE VI :
Raccourcissement du réveil. 47

CHAPITRE VII :
Incidents de la méthode. 52

CHAPITRE VIII :
Accidents. 56

Conclusions. 58